FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'APPENDICITE
CHEZ LA FEMME ENCEINTE

PAR

BERNARD-JOSEPH PÉNARD

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
et de l'Hôpital Maritime de Berck.

Né à Thiers (Puy-de-Dôme), le 2 septembre 1881

Président : M. BAR, *Professeur*

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladie des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL Pierre	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LŒPER	RICHAUD
BROCA André	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LECENE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MM.

Le docteur Brun (*in memoriam*) ; le professeur agrégé Mauclaire (*Enfants-Malades*, 1902-03).

Le docteur H. Martin-Roux (*in memoriam*) (*Bichat*, 1903-04).

Le docteur Chaput (*Boucicaut*, 1904-05).

Le professeur Bar ; le professeur agrégé Brindeau (*Saint-Antoine*, 1905-06)

Internat provisoire :

MM.

Le docteur Papillon ; le docteur Milian ; le docteur Voisin ; le docteur Muselier (1906-1907).

Internat :

MM.

Le docteur Ménard ; le docteur Calvé (*Hôpital maritime de Berck*, 1907-08).

Le docteur Tissier (*Maternité de La Charité*, 1908-09).

Le docteur Routier (*Necker*, 1909-10).

Le professeur agrégé Marion (*Necker*, 1910).

Le professeur agrégé Mauclaire (*La Charité*, 1910).

Le docteur Demoulin (*La Charité*, 1910-1911).

INTRODUCTION

En 1885, KORN, à la Société de Gynécologie de Dresde, communiquait l'observation d'une femme morte au sixième mois de sa grossesse, de péritonite aiguë ; à l'autopsie, il avait trouvé l'appendice perforé et adhérent à l'utérus. Peu de temps après, le mémoire fondamental de RÉGINALD FITZ (1886), qui substituait à l'ancienne conception obscure de la typhlite d'ALBERS DE BONN la notion des lésions initiales de l'appendice, suscitait des recherches dans le monde entier. Les observations d'appendicite chez des femmes enceintes se multiplient à partir de cette époque. En 1898, le professeur PINARD pouvait rassembler 45 cas d'appendicite au cours de la grossesse ou dans les suites de couches. Une statistique de BOIJE, en 1903, s'élève à 76 cas ; STÆHLER, en 1906, y ajoute 28 observations nouvelles. Nous-mêmes avons pu réunir 125 observations auxquelles il faut ajouter 12 observations inédites que nous a communiquées notre maître, le Dr ROUTIER, ce qui donne un total de 137 observations d'appendicite chez des femmes enceintes.

Il faut remonter à 1894, au travail de PAUL F. MUNDÉ

pour trouver la première étude des relations qui existent entre les inflammations appendiculaires et l'état gravidique. Mundé et les auteurs américains contemporains, Abrahams, Mixter, Mac Arthur, etc., sont très affirmatifs sur la prédisposition des femmes enceintes à l'appendicite, sur la gravité toute spéciale chez elles de cette affection, sur la nécessité d'une intervention chirurgicale. Depuis, les controverses passionnées qu'ont suscitées la pathogénie et le traitement de l'appendicite ont eu naturellement leur contre-coup chez les nombreux auteurs qui se sont occupés spécialement des accidents appendiculaires de la femme enceinte ; nous en retrouverons à chaque instant les échos au cours de ce travail.

Nous nous sommes efforcés d'éviter l'erreur de faire, à propos de cette étude spéciale à la femme enceinte, une revue générale de l'appendicite ; nous nous sommes limité strictement à n'étudier que les relations étiologiques des inflammations appendiculaires avec l'état gravidique, les particularités de l'évolution clinique, les conséquences thérapeutiques qu'entraîne la coexistence d'une grossesse et d'une appendicite. Nous n'avons envisagé que les cas d'infection appendiculaire survenant pendant la période de gestation ou pendant le travail. Nous ne nous occuperons pas de l'appendicite dans les suites de couches. Lorsque les accidents éclatent un temps plus ou moins long après l'accouchement, il devient bien difficile d'établir un lien étiologique entre eux et l'état gravidique ; en outre, leur allure clinique et leur traitement n'offrent plus rien de spécial qui légitime une étude particulière.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux, l'hommage de notre reconnaissance et de notre gratitude.

Notre maître, M. le Dr Routier, a bien voulu nous communiquer les observations inédites qu'il possédait, nous l'en remercions bien vivement. Au cours de notre tâche, le souvenir de ses enseignements nous a été souvent un guide précieux. M. le professeur Bar nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS APPENDICULAIRES PENDANT LA GROSSESSE

Le chiffre assez important d'observations que nous avons réunies semble au premier abord confirmer l'opinion presque classique que la femme enceinte est particulièrement prédisposée à l'appendicite pendant les diverses périodes de l'état puerpéral : grossesse, accouchement, suites de couches. Mais, si l'on considère que nous avons rassemblé les observations publiées, pendant une période de plus de seize ans, dans les centres médicaux les plus importants de France et de l'étranger, on est amené à penser que ce nombre d'observations n'est pas très considérable et que l'appendicite ne doit pas être une complication fréquente de la grossesse.

D'autres chiffres confirment cette première impression. Frænkel, dans une statistique d'ensemble de toutes les affections obstétricales et gynécologiques portant sur 40.000 cas, ne signale que 4 cas d'appendicite coexistant avec la grossesse. Sonnenburg, sur 2.000 opérations d'appendicite, n'en a pratiqué que trois chez des femmes enceintes et une pendant les suites de couches.

En France, une évaluation de la fréquence relative de l'appendicite pendant la grossesse offre de grosses difficultés. Les femmes enceintes atteintes d'accidents appendiculaires sont tantôt dirigées sur les services de chirurgie, tantôt sur les Maternités ; aussi les statistiques des Maternités comportent des chiffres extrêmement faibles, qui sont certainement au-dessous de la réalité.

C'est ainsi que, par exemple, sur 11.497 femmes entrées à la clinique d'accouchement Baudelocque (1) pendant une période de six années (du 1er janvier 1898 au 1er janvier 1904), il n'y a eu qu'un cas d'appendicite.

Les 12 observations que nous a communiquées le Dr Routier ont été puisées parmi 1.300 observations d'appendicite chez des femmes que notre Maître a opérées soit dans son service de l'hôpital Necker, soit dans sa clientèle privée. Ici, le pourcentage est notablement plus élevé que celui de Sonnenburg, mais il faut remarquer que la plus grande partie de ces observations a trait à des interventions, pour ainsi dire prophylactiques, chez des femmes ayant eu, antérieurement à leur grossesse, des crises appendiculaires aiguës ou bien souffrant d'appendicite chronique et chez lesquelles on craignait, du fait de ce passé pathologique, des complications graves au cours de la grossesse.

S'il nous est difficile de donner une estimation plus précise, nous croyons cependant qu'il n'est pas trop osé, d'après ces données, d'avancer cette affirmation : *L'appendicite n'est pas fréquente chez la femme enceinte.*

(1) Voir Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque. Stenheil, éditeur.

Cette opinion est également celle de plusieurs auteurs : Frænkel, Vinay, Poncet, Boije, Labhardt, Weber. Il est permis alors de se demander si l'état puerpéral a vraiment sur les accidents appendiculaires une action pathogénique qui lui soit propre, s'il y a entre la grossesse et l'appendicite une relation étiologique ou si, au contraire, leur coexistence n'est pas l'effet d'une simple coïncidence ; si, en un mot, on a le droit de parler d'appendicite gravidique, comme on parle de pyélonéphrite gravidique par exemple.

Bien des causes ont été mises en avant pour expliquer la prédisposition de la femme enceinte à l'appendicite ; si nous laissons de côté celles qui n'ont aucun rapport avec l'état de grossesse, telles que : écarts de régime, corps étrangers (1), hérédité, maladies infectieuses intercurrentes, etc., ces causes prédisposantes sont en réalité restreintes au nombre de trois :

1° La constipation, à laquelle les auteurs américains en particulier ont attaché une grande importance.

2° L'exaltation de virulence des microbes intestinaux, du colibacille principalement. M. le Pr Bar considère l'appendicite comme une manifestation de la colibacillose chez la femme enceinte au même titre que la pyélonéphrite ou la cholécystite.

(1) Signalons pour mémoire une hypothèse de Dieulafoy : La grossesse favoriserait la formation de calculs appendiculaires ; il existerait une lithiase appendiculaire de la femme enceinte analogue à la lithiase biliaire.

3° Les causes d'ordre purement mécanique ; les compressions, tiraillements, coudures, etc., que l'utérus, en se développant dans l'abdomen, peut exercer sur l'appendice.

Vinay a contesté la valeur de ces facteurs étiologiques. « Aucune condition pathogénique de l'appendicite, écrit-« il, ne se trouve réalisée par la grossesse. Elle ne déter-« mine pas de virulence plus marquée du colibacille, lui « permettant d'infiltrer les parois de l'organe ; elle ne « détermine pas davantage de torsion de l'appendice, « d'entérite du gros intestin. Elle ne prédispose pas à « la réception de corps étrangers et, du reste, la maladie « ne présente rien de spécial dans son évolution. » Poncet, dans la thèse de son élève Bouiller, est également d'avis que la grossesse n'a pas d'action étiologique sur les inflammations appendiculaires.

Boije va plus loin : dans certains cas, l'état de gestation peut avoir une influence heureuse sur l'appendicite. A l'appui de son opinion, il cite 12 observations de femmes ayant eu, avant d'être enceintes, une crise d'appendicite et chez lesquelles, non seulement la grossesse ne détermina pas de récidive, mais amena même l'amélioration de certains symptômes. Pour Boije, et sa théorie a été reprise par Labhardt, cette influence heureuse serait due à la congestion active que provoque dans les organes pelviens la grossesse. L'appendice, dont la circulation sanguine et lymphatique est en corrélation étroite avec celle des annexes, participe à cet état congestif dont l'effet est de favoriser la résorption des exsudats inflammatoires. Toutefois, Boije admet que cette in-

fluence heureuse ne s'exerce que sur les appendicites légères n'ayant pas retenti sur le péritoine et déterminé d'adhérences.

L'opinion de Boije nous semble fort contestable. L'explication qu'il donne pour la justifier n'est qu'une simple vue de l'esprit, ne reposant sur aucun fait expérimental, et en contradiction avec la loi de pathologie générale d'après laquelle l'état congestif d'un organe, loin de les calmer, y produit plutôt un réveil des foyers inflammatoires. Aux observations que cite Boije, desquelles on peut dire simplement que ce sont des cas heureux où la grossesse n'a pas déterminé de récidive, il serait facile d'en opposer un plus grand nombre qui prouvent à l'évidence l'action néfaste de la grossesse sur l'évolution des accidents appendiculaires. Nous nous contenterons de rappeler ici l'observation de Tuffier, presque classique à force d'être citée et qui est particulièrement topique à ce point de vue.

OBSERVATION I (*résumée*)

(Tuffier. *Rev. d'Obst. et de Pœd.*, 1897.)

Madame X..., 34 ans. Constipation opiniâtre ; a eu au cours de sa première grossesse, vers la fin du huitième mois, des accidents très graves du côté de la fosse iliaque droite. On crut à une fièvre typhoïde. Température 38° à 40° pendant quinze jours. Tout se termina par l'ouverture d'un abcès dans le cœcum et l'expulsion par l'anus d'une quantité de pus fétide. La grossesse se continua, la malade guérit.

Un an après, nouvelle grossesse, nouvelles douleurs dans la fosse iliaque droite, poussées fébriles, vomissements. L'accouchement eut lieu à terme ; depuis cette époque, cette femme ne ressentit que des douleurs vagues dans la fosse iliaque.

Troisième grossesse de quatre mois. — Douleurs dans le flanc droit depuis deux mois, tuméfaction, pas de fièvre. Diagnostic : Appendicite sans suppuration. Traitement médical. Au bout d'un mois les symptômes s'aggravent ; le 30 janvier 1897, incision. Je trouve une tumeur kystique de l'ovaire droit du volume d'une orange, je l'extirpe ; l'appendice fibreux est soudé à la face postérieure du cæcum ; je le dissèque : résection au thermocautère et sutures. L'appendice contenait un gros calcul pierreux, d'origine stercorale. La guérison se fit sans incident ; la grossesse continua son cours. Accouchement heureux à terme d'un enfant vivant.

Dans cette observation, l'action défavorable de l'état puerpéral est prise pour ainsi dire sur le fait. Il faut d'ailleurs remarquer que la grossesse n'a agi que comme facteur de récidive en déterminant des poussées aiguës sur un appendice déjà atteint d'inflammation à l'état latent.

Or, si nous passons en revue les observations, nous constatons ce fait, que le plus grand nombre de femmes avait eu déjà, avant leur grossesse, une ou plusieurs crises appendiculaires. Weber avait attiré l'attention sur ce point. L'appendicite primitive (*primäre appendicitis*), dit-il, s'observe rarement chez la femme enceinte, mais sur une appendicite déjà existante, l'action de la grossesse est nettement défavorable.

Parmi les observations que nous avons recueillies, 70 seulement font mention de l'état de santé de la femme antérieurement à la grossesse qui fut compliquée d'appendicite. Sur ces 70 observations, 24, soit 34,3 p. 100, signalent que la femme n'avait jamais souffert d'appendicite. Dans 46 cas, au contraire, soit 65,7 p. 100, la femme avait eu une ou plusieurs crises appendiculaires ou bien souffrait d'appendicite chronique. C'est donc, dans près des deux tiers des cas, à des récidives d'appendicite que nous assistons chez les femmes enceintes.

La grossesse joue-t-elle un rôle dans la réapparition de ces accidents, et quels facteurs peut-on invoquer ? Nous n'insisterons pas sur le rôle de la constipation que nous croyons, avec Vinay, avoir été fort exagéré par les auteurs américains. Ce rôle est, en tout cas, secondaire, si l'on considère que la constipation est presque la règle chez les femmes enceintes, tandis que l'appendicite y est une exception. De même, invoquer l'exaltation de virulence des microbes ne fait que reculer la solution du problème, car elle est elle-même sous la dépendance de causes qu'il faut aussi rechercher, si l'on veut donner une explication complète.

Les lésions que peut déterminer, sur l'appendice, l'utérus gravide, par une action purement mécanique en se développant dans l'abdomen, méritent de nous arrêter. Mais avant de discuter la possibilité de cette action mécanique, il importe de préciser les changements de rapports anatomiques entre l'utérus aux diverses époques de la gestation et l'appendice ou pour mieux dire l'appareil

cæcal, puisque la situation de l'appendice est intimement liée à celle du cæcum.

Rapports de l'appareil cæcal pendant la grossesse. — Les traités d'anatomie sont muets ou fort brefs sur cette question. Rieffel, dans le traité de Poirier, signale simplement que l'utérus vient au contact du cæcum. Waldeyer, sans préciser davantage, dit que le cæcum est soulevé par l'utérus.

Fueth est le seul auteur, à notre connaissance, qui ait étudié d'une façon méthodique la situation du cæcum chez la femme enceinte. Ses travaux reposent sur l'examen de 7 pièces anatomiques (du laboratoire de His), provenant de cadavres de femmes à divers âges de la grossesse. De ses recherches, Fueth conclut : 1° Que l'appareil cæcal est déplacé par l'utérus au cours de la grossesse ; 2° que ce déplacement se fait dans une triple direction, *a*) de bas en haut, *b*) de dehors en dedans, c'est-à-dire vers la ligne médiane, *c*) d'arrière en avant ; le cæcum tend à venir au contact de la paroi antérieure de l'abdomen.

Ce déplacement de l'appareil cæcal ne commence à devenir sensible qu'au cours du quatrième mois de la grossesse, il s'accentue à mesure que l'utérus augmente de volume : Chez une femme enceinte de 7 mois le cæcum est situé immédiatement au-dessus des annexes droites qui sont elles-mêmes au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Dans un cas de grossesse de huit mois, le cæcum est au-dessus du fond de l'utérus sur une ligne verticale passant par le mamelon. Chez une femme près

du terme, le cæcum n'est qu'à quatre travers de doigt du bord inférieur du foie et sur la ligne mammaire. La distance du bord inférieur du foie se réduit à deux travers de doigt dans une observation de grossesse gémellaire près du terme.

Fueth donne de ces déplacements du cæcum une explication assez obscure, où il fait intervenir l'ampliation des ligaments larges par l'utérus et le ligament suspenseur de l'ovaire.

Hlawacek et d'autres auteurs font jouer un rôle au *ligament appendiculo-ovarien* de Clado qui peut exercer une traction sur l'appendice lorsque les annexes sont soulevées par l'utérus. On peut leur objecter que l'inconstance du ligament de Clado ne permet de l'invoquer que pour des cas exceptionnels. Quoiqu'il en soit un fait est à retenir : la situation de l'appareil cæcal est modifiée par l'utérus au cours de la grossesse et ce déplacement peut être assez considérable pour que l'appendice soit refoulé près du terme jusque dans l'hypochondre droit.

Frænkel ignorait sans doute l'importance de ces modifications de rapports lorsqu'il niait la possibilité d'une influence de l'utérus sur l'appendice au cours de la grossesse. D'après lui, le développement de l'utérus est trop lent et l'appendice trop mobile pour qu'il puisse y avoir compression de ce dernier. Il admet au contraire que l'accouchement, par suite des contractions du travail et surtout de la disparition presque subite de la tumeur utérine après la délivrance peut déterminer des ruptures d'adhérences et les accidents graves qui en seront la conséquence. A l'autopsie d'une femme morte

d'appendicite dans les suites de couches, Frænkel a pu constater nettement la rupture d'adhérences qui reliaient l'appendice à l'ovaire droit.

Or les chiffres ne semblent pas donner raison à Frænkel. Voici la proportion des cas d'appendicite aux diverses époques de la grossesse et de ceux ayant coïncidé avec le travail ou l'ayant suivi de peu.

	Cas d'appendicite	Morts
1 à 3 mois	20	2
3 à 5 mois	36	8
5 à 7 mois	36	16
7 à 9 mois	22	6
Au cours du travail	15	8

soit en établissant un pourcentage :

Pendant ou après l'accouchement..	11,7 cas p. 100
Au cours de la grossesse.....	88,3 cas p. 100

avec un maximum de fréquence marqué du 3e au 7e mois.

Nous ne croyons donc pas, en présence de ces faits, que l'on puisse soutenir avec Frænkel que l'utérus ne peut déterminer aucune perturbation du côté de l'appendice. Sans doute cet organe, lorsqu'il est sain et qu'il a conservé toute sa mobilité, peut fuir devant l'envahissement progressif de la cavité abdominale par l'utérus sans qu'il en résulte aucun dommage pour lui. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'un appendice pathologique ayant subi une ou plusieurs poussées inflammatoires qui ont elles-mêmes retenti sur le péritoine péricæcal.

Ces crises appendiculaires laissent comme séquelles des adhérences qui enlèvent à l'appendice et au cæcum tout ou partie de leur mobilité. Dès lors il existe possi-

bilité de conflit entre l'utérus qui tend à refouler l'appareil cæcal et les adhérences qui l'immobilisent plus ou moins fortement. De ce conflit on peut imaginer facilement tous les troubles qui peuvent résulter : tiraillements, torsions, coudures, etc., sans parler de la rupture des adhérences qui peut ouvrir dans le péritoine un de ces abcès résiduaux dont Weiss nous a appris la si longue persistance. On ne voit d'ailleurs pas pour quelles raisons Frænkel refuse de reconnaître aux causes mécaniques, durant la grossesse, la même valeur qu'après l'accouchement. Le peu de fréquence des crises d'appendicite pendant le travail tient peut-être précisément à cette raison que les femmes sous l'imminence d'une crise appendiculaire arrivent rarement au terme de leur grossesse sans que cette crise ait éclaté.

Les chiffres du tableau ci-dessus mettent encore plus en évidence l'augmentation vraiment frappante de la mortalité à partir du 5e mois de la grossesse. Nous pouvons résumer ce tableau de la façon suivante :

	Cas d'appendicite	Morts	Mortalité %
Grossesses de 1 à 5 mois	56	10	17,8
— de 5 à 9 mois	58	22	38,2
Accouchement ou suites de couches immédiates	15	8	53,3

Ainsi, tandis que dans la première moitié de la grossesse, la léthalité de l'appendicite ne diffère pas sensiblement de celle que donnent les statistiques générales de l'appendicite, dans la deuxième moitié au contraire une mortalité plus que doublée indique qu'un facteur nouveau est entré en scène pour venir aggraver les

lésions appendiculaires. On ne peut s'empêcher de remarquer que cette aggravation coïncide précisément avec l'époque où l'utérus vient se mettre en contact avec le cæcum pour modifier ses rapports anatomiques.

Il est facile de se rendre compte en parcourant les observations que dans presque tous les cas, sans exception, la mort a été la conséquence de la diffusion de l'infection à la grande cavité péritonéale. Parmi les causes, sans doute complexes et souvent obscures, qui ont déterminé ces péritonites généralisées, il faut, croyons-nous, réserver une place importante aux déplacements du cæcum. Dans les cas où, comme FUETH a pu le constater, l'appareil cæcal est reporté très haut et tend à se rapprocher de la ligne médiane, l'appendice se trouve refoulé au milieu des anses intestinales, en pleine cavité péritonéale. On comprend que le foyer infectieux dont il est l'origine ait moins de tendance à se localiser, à s'enkyster que lorsque le cæcum se trouve dans sa position normale, dans la fosse iliaque, où il est relativement à l'écart.

C'est peut-être là l'explication de la fréquence, qu'on ne rencontre nulle part ailleurs, des péritonites généralisées venant compliquer l'appendicite chez la femme enceinte, et de leur rapidité de diffusion dans certains cas foudroyants.

Sur les lésions appendiculaires elles-mêmes, nous n'insisterons pas, car elles n'offrent au cours de la grossesse rien de spécial qui les distingue de celles que l'on peut constater au cours de toute appendicite. Elles se présentent sous tous les types anatomiques connus, depuis

la simple appendicite folliculaire jusqu'à l'appendicite perforante et gangréneuse, il est certain toutefois que cette dernière forme se rencontre chez la femme enceinte avec une fréquence inaccoutumée. Peut-être existe-t-il une relation entre l'intensité du processus gangréneux et l'exaltation de virulence qu'imprime l'état puerpéral à la flore microbienne intestinale, au coli-bacille surtout? D'autres auteurs, Weber en particulier, ont voulu y voir une conséquence de l'augmentation de la pression sanguine qui entraîne elle-même une tension exagérée des abcès intra-appendiculaires.

Quoi qu'il en soit, on peut retenir de l'ensemble de ces faits que, chez les femmes ayant un passé pathologique appendiculaire, la grossesse est une cause occasionnelle de récidive. De plus, et c'est là le fait le plus important qui résulte de cette étude, la grossesse, par les modifications qu'elle apporte aux rapports anatomiques de l'appendice, l'aggravation des lésions et la fréquence des péritonites diffuses qui en sont la conséquence, est un facteur de gravité redoutable.

INFLUENCE DE L'APPENDICITE SUR LA GROSSESSE

« *L'appendicite pendant la grossesse détermine un avortement avec issue mortelle tandis qu'après l'accouchement l'affection n'entraîne pas aussi souvent la mort.* »

Cette phrase de Fowler résume l'opinion pessimiste que partageaient la plupart des chirurgiens et accoucheurs contemporains.

Il est certain que l'avortement ou l'accouchement prématuré est fréquent chez la femme atteinte d'appendicite. La statistique de Boije donne un pourcentage de 56,25 p. 100 ; celle de Stæhler de 62 p. 100. Nous-même, sur les 140 observations que nous avons rassemblées, avons trouvé 59 interruptions de grossesse, soit 42,1 p. 100. Cette proportion, notablement plus faible que celle de Boije et de Stæhler, tient certainement au plus grand nombre d'interventions opératoires précoces ou prophylactiques qui ont été faites ces dernières années.

La phrase de Fowler offre quelque ambiguité, mais si nous en avons bien saisi le sens, ce qui serait grave,

chez une femme enceinte, c'est moins l'appendicite elle-même, que l'avortement qui en est la conséquence. En d'autres termes, si l'appendicite ne faisait pas avorter, elle n'offrirait aucune gravité spéciale pendant la grossesse.

Nous ne sommes pas de l'avis de Fowler. Il suffit de passer en revue les observations pour se rendre compte que dans les cas suivis de mort, celle-ci n'a été nullement le fait de l'avortement, mais bien de l'appendicite elle-même et de ses complications péritonéales. Nulle part nous ne voyons signaler les complications graves des avortements ; dans aucun cas il n'y a eu d'hémorragie inquiétante. Quant aux accidents infectieux péritonéaux ou septicémiques, si dans quelques cas ils peuvent, comme nous le verrons plus loin, être la conséquence de l'avortement, le plus souvent ils le précèdent et ce sont eux qui le déterminent. Il n'est pas rare même que la femme meure de péritonite avant que l'accouchement ait eu le temps de se produire.

La péritonite diffuse est, en réalité, en même temps que la grande cause de mort, la grande cause d'avortement, dans les appendicites de la grossesse. Nous voyons en effet que sur 59 femmes ayant avorté ou accouché prématurément, 23 sont mortes d'infection péritonéale généralisée. Il n'en est pas moins vrai que dans de nombreux cas (36 sur 59, soit 61 p. 100), les femmes ont avorté du fait d'une appendicite et ont cependant pu guérir et de leurs accidents appendiculaires et de leur avortement, contrairement à l'opinion de Fowler.

L'appendicite, déjà si meurtrière pour la mère, l'est donc encore notablement plus pour l'enfant.

On peut faire intervenir pour expliquer les interruptions de grossesse par l'appendicite, deux ordres de causes :

1° *Des causes mécaniques.* — Les lésions pelviennes, en particulier les adhérences utérines et annexielles, reliquats d'une appendicite antérieure, peuvent gêner et entraver le développement de l'utérus. Weber croit même que des périmétrites d'origine appendiculaire peuvent devenir une cause d'avortement habituel (*abortus habitualis*).

2° *L'infection de l'œuf par le foyer appendiculaire.* Dans les cas de septicémie péritonéale, l'infection du fœtus se réalise, comme dans toute maladie infectieuse aiguë, par voie sanguine et transplacentaire. M. le Professeur Pinard a constaté la présence du colibacille à l'état de pureté dans le sang d'un fœtus dont la mère était morte d'une péritonite d'origine appendiculaire. Si, au contraire, l'appendice n'a déterminé que des lésions localisées, un abcès péri-cæcal par exemple, il semble que la transmission de l'infection à l'œuf se fasse directement par l'intermédiaire de la trompe droite.

On sait aujourd'hui que les salpingites d'origine appendiculaire ne sont pas rares, de même que les salpingites provoquent souvent l'appendicite ; de nombreux faits sont venus démontrer ce « *flirt de l'appendice et des*

annexes », suivant l'expression si pittoresque de Segond. Pendant la grossesse, le contact presque immédiat du cæcum et des annexes réalisera plus facilement encore ces infections salpingiennes. Dans de nombreuses relations d'opérations d'appendicite à chaud chez des femmes enceintes, il est noté qu'après l'incision de la paroi abdominale la trompe droite apparut la première, souvent baignant dans le pus de l'abcès appendiculaire, souvent congestionnée et œdématiée.

Dans une de nos observations (voir Obs. XII) M. Routier a pu faire sourdre du pus par l'orifice abdominal de la trompe droite. Quelques heures après l'intervention, la femme, qui du reste était en travail au moment de l'opération, faisait une fausse couche. Dix jours plus tard se déclaraient des symptômes de salpingite double.

Dans les deux observations suivantes de Semb, nous voyons l'infection de la trompe droite arriver jusqu'à l'œuf provoquer l'avortement et une infection puerpérale consécutive.

OBSERVATION II (*résumée*)

(Semb. *Ref. Zentralbl. f. Gyn.*, 1901, nº 26.)

Appendicite avec abcès enkysté chez une femme enceinte de six mois. Incision de l'abcès et drainage. Le lendemain de l'opération, la femme expulse un fœtus mort récemment. Odeur fétide du liquide amniotique. Mort vingt-quatre heures après.

A l'autopsie, on trouve la trompe droite adhérente à la paroi de l'abcès, remplie de pus. Dans le voisinage de l'os-

tium tubaire droit, la paroi utérine est recouverte d'un enduit purulent.

OBSERVATION III (*résumée*).

(Semb, *loco citato*)

Femme enceinte de trois mois. Accidents appendiculaires aigus avec suppuration. Ouverture d'un abcès de la fosse iliaque droite de la grosseur d'un œuf d'oie et appendicectomie. Trois semaines plus tard apparaît une collection purulente de la fosse iliaque gauche que l'on évacue par incision. Cinq semaines après la première intervention, avortement, infection puerpérale, mort.

A l'autopsie : dans la cavité péritonéale, adhérences nombreuses, mais pas de collection purulente. Les deux trompes contiennent du pus. L'utérus présente les lésions typiques de l'infection puerpérale.

L'infection avait gagné par la trompe droite la cavité utérine, puis la trompe gauche et enfin la fosse iliaque gauche. Après l'avortement la plaie utérine avait fourni un terrain favorable pour le développement de l'infection.

Kœnig rapporte également un cas d'avortement et d'infection puerpérale à la suite d'une appendicite purulente. Il pratiqua l'appendicectomie, puis l'hystérectomie par voie vaginale. Sa malade guérit.

Enfin rappelons que pour M. Pinard la mortalité infantile ne se résume pas dans celle, pourtant déjà considérable, qui résulte des avortements et des accouchements prématurés. La plupart des enfants nés vivants succombent, dit M. Pinard, dans les jours qui suivent

l'accouchement à des accidents infectieux dont l'origine est sans doute une infection ou une intoxication *in utero*, partie elle-même du foyer appendiculaire.

L'influence néfaste des infections d'origine appendiculaire sur le produit de conception n'est donc pas contestable. Même dans les cas légers d'appendicite qui ne mettent pas la vie de la mère en question, il faudra toujours redouter la possibilité d'un avortement ou d'un accouchement prématuré à plus ou moins longue échéance. Dans la majorité des cas l'avortement a lieu dans la semaine qui suit la crise, mais il n'est pas rare non plus de l'observer au bout d'un mois et même davantage. Quant à l'enfant, même s'il naît vivant et dans la période de viabilité, il faudra toujours faire les plus grandes réserves sur son avenir.

ÉTUDE CLINIQUE

Presque tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la grossesse ne déforme pas dans ses lignes générales le tableau clinique de l'appendicite. Cela est surtout vrai pour les femmes enceintes de moins de quatre mois, chez lesquelles l'utérus est encore pelvien ou n'offre pas un développement abdominal suffisant pour apporter une gêne à l'exploration. Mais dans la deuxième moitié de la grossesse une complication surgit du fait de la présence dans l'abdomen d'une tumeur utérine volumineuse et progressivement croissante. A mesure que l'utérus, approchant du terme de la gestation, remplit plus complètement la cavité abdominale et en distend plus fortement la paroi antérieure, la palpation et l'exploration du ventre offrent des difficultés deplus en plus considérables (1). Or les symptômes géné-

(1) Fraenkel recommande d'examiner les femmes dans le décubitus latéral gauche ; l'utérus, entraîné par son poids, se déplace vers la gauche, et la fosse iliaque droite devient plus accessible. Chez les multipares à paroi flasque, cette méthode facilite beaucoup l'examen ; chez les primipares, au contraire, l'utérus est maintenu par la sangle abdominale et ne se déplace pas ou très peu seulement.

raux et fonctionnels qui traduisent une réaction péritonéale plus ou moins violente et plus ou moins diffuse ne peuvent être rapportés à une infection d'origine appendiculaire, qu'autant que la palpation aura permis de reconnaître les phénomènes locaux primordiaux : la douleur provoquée au point de Mac Burney, la défense de la paroi, le plastron de la fosse iliaque droite. Les difficultés du diagnostic seront donc en raison directe des difficultés de l'examen physique.

Si à ce premier obstacle on ajoute une certaine déformation des signes locaux, due aux modifications des rapports anatomiques de l'appendice (que nous avons vues dans un chapitre précédent être parfois considérables) on comprend que le médecin ou l'accoucheur, malgré lui influencé par l'état de gravidité de la malade, soit porté à rechercher du côté de complications plus fréquentes de la grossesse l'explication des symptômes alarmants qu'il constate et qu'il méconnaisse ou reconnaisse trop tard une appendicite.

Le clinicien ne doit donc pas s'attendre à trouver chez les femmes enceintes le tableau classique de l'appendicite dans toute sa pureté. On sait déjà depuis longtemps que, par suite des anomalies fréquentes de situation de l'appendice, le point douloureux exquis à la pression est loin de correspondre toujours au point précis que lui avait assigné Mac Burney. A plus forte raison chez les femmes en état de grossesse avancée, chez lesquelles le cæcum et l'appendice peuvent être déplacés de la fosse iliaque jusque dans l'hypochondre, on ne trouvera presque jamais le point de Mac Burney à sa place clas-

sique ; ce point subira des déplacements en rapport avec ceux de l'appendice. Il en sera de même pour les symptômes de réaction péritonéale périappendiculaire, la tuméfaction et le plastron que l'on trouvera non plus dans la fosse iliaque, mais souvent dans l'hypochondre droit. Il est important que l'attention soit éveillée du côté de ces anomalies des phénomènes locaux ; dans bien des cas, le diagnostic d'appendicite a été rejeté en raison même de leur constatation.

Dans l'observation suivante de Stæhler, bien que la malade présentât un point douloureux très élevé dans l'hypochondre droit, avec irradiations dans l'épaule droite, le chirurgien allemand posa cependant le diagnostic d'appendicite et les événements lui donnèrent raison.

OBSERVATION IV (*résumée*)

(Stæhler. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, XXVI, p. 156.)

II-pare de 27 ans. 1er accouchement normal. En mai 1905 a eu une crise subaiguë d'appendicite.

11 janvier 1906. — La femme, enceinte alors de 5 mois 1 /2, est prise de douleurs abdominales généralisées et de vomissements. Température = 36°5 ; pouls = 96. Sous l'influence de l'opium et de la belladone, les douleurs s'apaisent.

13 janvier. — A la suite d'une purgation (1), douleur

(1) Signalons en passant le rôle néfaste de la purgation administrée en période aiguë d'appendicite, qui n'est contesté par personne aujourd'hui. Dans plusieurs observations on voit signalées de véritables catastrophes dues à des purgations intempestives chez des femmes enceintes, souffrant de douleurs abdominales vagues.

vive, spontanée et provoquée sous le rebord costal dans la région de la vésicule biliaire.

14 janvier. — La température baisse, mais le pouls est à 116-120.

15 janvier. — A la palpation, tout l'hypocondre est douloureux, mais on trouve un point exquis à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et du rebord costal. Pouls = 120-124. Température axillaire = 37°2. Température rectale = 38°3.

Stæhler fait le diagnostic d'appendicite en raison des antécédents, avec réserve sur la possibilité d'une cholécystite à cause d'irradiations des douleurs dans l'épaule droite.

Dans la nuit du 15 au 16 janvier, douleurs subites et violentes dans le côté droit, irradiées vers l'épaule droite. Etat syncopal. Le pouls monte à 136. La température est au-dessous de 37°.

Intervention chirurgicale. — Incision parallèle à l'arcade crurale mais plus haute que pour une appendicectomie normale. Après incision du péritoine, il s'écoule du liquide louche. La trompe droite apparaît au-dessous du cæcum. En extériorisant le cæcum, on donne issue à une demi-tasse de pus. L'appendice est accolé à la paroi postérieure du cæcum, il existe une large perforation à la pointe. Résection et enfouissement. Tamponnement de la cavité de l'abcès.

17 janvier. — La femme entre en douleurs et accouche d'un fœtus long de 32 centimètres, récemment mort. A la suite de l'accouchement, suintement abondant par la plaie opératoire.

18 janvier. — En enlevant le tamponnement on s'aperçoit que des anses intestinales grêles ont pris la place du cæcum qui est descendu dans sa position normale.

La malade guérit après diverses complications ; entre autres un abcès sous-phrénique qui nécessita deux nouvelles interventions les 28 janvier et 1er février.

L'observation suivante de Weber est également instructive, comme exemple d'appendicite atypique. Dans ce cas, la palpation révélait sous le bord inférieur du foie une tuméfaction qui n'était autre qu'un abcès périappendiculaire.

OBSERVATION V (*résumée*)

(Weber, *Deutsch. Zeitschrf. f. Chir.*, XCIII, p. 292.)

M. A..., 30 ans, enceinte de six mois, entre le 7 mars 1907 à l'hôpital Marie-Madeleine.

Douleurs dans la moitié droite et la partie supérieure de l'abdomen. Pas de vomissements. Fièvre modérée.

Dans la moitié droite du ventre, on sent une tumeur douloureuse de la grosseur d'une tête d'enfant côtoyant par son pôle supérieur le bord inférieur du foie. La partie inférieure de la tumeur se sent mal à la palpation. Dans la profondeur, il semble que l'on perçoive un pédicule qui conduit à la corne droite de l'utérus.

Le diagnostic est hésitant entre empyème de la vésicule biliaire et kyste de l'ovaire droit adhérent à la face inférieure du foie.

Intervention. — Laparotomie médiane. On trouve un abcès péricæcal bien enkysté par des adhérences. Le cæcum était refoulé en haut par l'utérus, ce qui explique la position haute de la tumeur. Résection de l'appendice, drainage.

Dans la nuit qui suit l'opération, la femme accouche d'un enfant mort récemment.

Suites de couches normales. Guérison.

En raison de ces variations et de ces difficultés de constatation des signes objectifs et subjectifs de la réac-

tion locale et périappendiculaire, les symptômes fonctionnels et généraux prennent une importance considérable. La température, le pouls, le faciès, les vomissements, l'arrêt des gaz, etc., sont des indices encore plus précieux que de coutume. Malheureusement ces symptômes sont inconstants, et de plus, trompeurs, car ils ne correspondent pas toujours à l'état réel des lésions.

L'ascension de température s'observe presque toujours au début de la crise appendiculaire, mais elle n'atteint quelquefois que quelques dixièmes de degré et elle revient souvent à la normale alors que cependant se développe une infection péritonéale diffuse.

Le pouls fournit des renseignements plus certains. Son accélération progressive jusqu'à 100, 120 pulsations et au-delà, alors que souvent la température reste normale ou qu'il y a même de l'hypothermie, est un indice presque certain de la généralisation de l'infection à la grande séreuse péritonéale. Mais ce symptôme même peut manquer. Dans une observation de Brindeau et Jeannin (1) une femme fut opérée en pleine péritonéite généralisée, alors que la température n'avait pas dépassé 37°8 et le pouls 80 pulsations.

La même inconstance se remarque pour les phénomènes douloureux et les vomissements. L'arrêt des gaz manque rarement mais ce symptôme peut être une cause d'erreur en aiguillant le clinicien vers le diagnostic d'occlusion intestinale.

On voit donc combien le diagnostic positif sera, dans bien des cas, malaisé et hérissé d'embûches. Cependant,

(1) Voir *Bull. de la Soc. d'Obst.*, 1909, XII, p. 169.

si l'on se souvient que l'appendicite se déclare rarement au cours de la grossesse pour la première fois, et que le plus souvent, c'est à des récidives appendiculaires que l'on assiste chez les femmes enceintes, la recherche des antécédents prend alors une importance capitale et peut éclairer d'une lueur décisive les obscurités de l'état actuel. Chez toute femme ayant un passé appendiculaire, qui, au cours d'une grossesse, offre un complexus de symptômes abdominaux, alors même qu'au premier abord ils semblent écarter toute idée d'appendicite, il faudra cependant y songer et parfois un examen plus attentif, une analyse plus poussée des phénomènes, permettra de poser fermement le diagnostic que l'on avait tout d'abord repoussé. C'est ainsi, en s'appuyant sur les antécédents, comme nous l'avons vu plus haut, que Stæhler put diagnostiquer une appendicite, alors que tout concordait à faire croire à une cholécystite.

Diagnostic. — Après cet exposé des diverses sources d'erreur, nous serons bref sur le diagnostic différentiel. L'obscurité et l'altération des symptômes par la grossesse peut, dans certains cas, soulever les hypothèses les plus imprévues et ce serait toute la pathologie de l'abdomen, aussi bien médicale que chirurgicale et obstétricale, qu'il faudrait passer en revue, si l'on voulait examiner toutes les méprises auxquelles le clinicien est exposé. En pratique, on n'aura guère à songer qu'à trois affections, complications de la grossesse certainement plus fréquentes que l'appendicite : l'occlusion intestinale d'une part, la pyélonéphrite et la cholécystite de

l'autre, qui ont, avec l'appendicite, une parenté étiologique par leur agent infectieux habituel, le colibacille.

Pour la pyélonéphrite, que la clinique seule était souvent, autrefois, impuissante à diagnostiquer dans sa phase présuppurative, la cystoscopie, le cathétérisme des uretères, l'examen des urines séparées, nous donnent actuellement une certitude absolue à son sujet, aussi n'insisterons-nous pas.

La cholécystite reste, au contraire, toujours un des diagnostics les plus délicats d'avec l'appendicite. L'observation de Stæhler, que nous avons citée plus haut (1) en est un exemple frappant. Les signes différentiels de l'appendicite, à mesure que la grossesse progresse, semblent venir se confondre, sur un terrain commun, avec ceux de la cholécystite. La zone douloureuse, la tuméfaction locale, lorsqu'elle existe, ne diffère que de peu avec celle de l'empyème vésiculaire. Les réactions générales et fonctionnelles sont sensiblement les mêmes. Il n'est pas jusqu'à l'ictère qui puisse être une cause d'erreur, car il n'est pas rare d'observer un subictère infectieux au cours des appendicites. C'est encore ici par les antécédents que l'on pourra faire le départage entre les deux affections. Il est bien exceptionnel, en effet, qu'en fouillant le passé de la malade on ne trouve pas, soit des accidents appendiculaires, soit au contraire des accidents hépatiques, qui mettront sur la voie de la vérité. D'ailleurs, pour la conduite à tenir, le doute n'a pas une importance capitale, car, dans les deux cas, c'est l'inter-

(1) Voir Obs. IV.

vention chirurgicale, et souvent l'intervention précoce, qui s'impose.

Il n'en est pas de même pour l'occlusion intestinale. Ici une erreur de diagnostic entraîne elle-même des erreurs de thérapeutique qui peuvent conduire à un désastre. L'erreur est facile à commettre, car, par suite de l'obscurité des signes propres de l'appendicite, l'arrêt des gaz, le météorisme abdominal, les vomissements prennent une place prépondérante et orientent le clinicien vers l'occlusion intestinale que la grossesse réalise assez fréquemment par des mécanismes divers.

L'observation suivante de Maygrier est le meilleur exemple de la difficulté, en présence d'une appendicite de la grossesse, d'éviter l'erreur d'occlusion intestinale et des conséquences funestes de cette méprise.

OBSERVATION VI (*résumée*)

(Maygrier, *in Thèse* Jarca.)

Femme de 33 ans, entrée le 25 août 1897 à la Maternité de Lariboisière.

Dernières règles du 15 au 20 février 1897. Dans les premiers jours d'avril, elle fut prise de diarrhée avec coliques, ayant trois à quatre selles par jour.

Le 22 août, à la suite d'un repas d'aliments indigestes, la malade fut prise de vomissements, rendit de la bile plusieurs fois pendant la nuit. Le 23 août, douleur vive dans la fosse iliaque droite. Un médecin appelé ordonne 20 grammes de sulfate de soude et des lavements. Malgré les lavements et les purgatifs, la malade n'eut pas de selles ni de gaz dans la journée. Pas de vomissements.

Le 24 août, douleur étendue à tout l'abdomen. Nouvelle purgation à l'huile de ricin et demi-lavements sans résultats. Température : 36°6.

Le 25 août, quelques vomissements verdâtres. Ventre de plus en plus tendu et douloureux. La malade est transportée à l'hôpital. Pendant le trajet elle entre en travail.

On l'examine à 3 h. 1/2 du soir, faciès bon, langue blanche, pouls à 95, plein et régulier. Au palper, on ne peut rien distinguer, car l'abdomen est météorisé et douloureux, sans point fixe de la douleur. A 3 h. 3/4, accouchement d'un enfant vivant de 6 mois environ. Délivrance normale et complète cinq minutes après.

La malade, soulagée un peu après l'accouchement, est reprise bientôt de douleurs internes étendues à toute la région abdominale. A 7 heures du soir, lavement suivi de l'évacuation de beaucoup de liquide contenant de petits grumeaux de matière fécale. Pas de gaz, pas de vomissements. Pouls à 90. Son état général ne paraît pas mauvais. Par le toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac postérieur une masse molle qui se continue avec le col. Le toucher rectal donne la même sensation de masse molle à travers la face antérieure du rectum. Pendant la nuit, la malade a des étouffements et souffre beaucoup. Pas de vomissements.

Elle a une garde-robe composée de liquide jaunâtre et de matière fécale en grumeaux.

Le 26 août, à 7 heures du matin, température 36°2 ; la malade est abattue, elle a la bouche sèche et la langue légèrement saburrale. L'abdomen est très distendu et très douloureux. M. Herrenschmiedt fait donner, à 8 heures du matin, 15 grammes d'huile de ricin.

MM. Maygrier et Rochard pensent à une occlusion intestinale par volvulus ou invagination et prescrivent deux lavements électriques avec application de glace sur l'abdomen et boissons glacées. La malade a une évacuation spontanée d'une petite quantité de liquide jaunâtre avec

quelques fragments de matière fécale. M. Triboulet donne le lavement électrique à 7 h. 1/2 et l'introduction de la sonde seulement provoque l'évacuation d'un peu de liquide de même nature que celui qui avait été évacué auparavant. La durée du lavement est de six minutes et n'est suivi d'aucun effet. A 5 h. 1/2, M. Herrenschmiedt fait donner un grand lavement d'eau bouillie ; le liquide ressort à peine teinté entraînant quelques fragments de matière fécale.

A 7 heures du soir, la température est à 37°, le pouls à 110. La respiration est difficile, on fait quelques piqûres d'éther et de caféine ; on lui donne un nouveau lavement électrique sans résultat. A 8 h. 1/2, la malade est transportée en chirurgie, elle est très abattue.

A 11 heures du soir, M. Thiéry fait la laparotomie. La malade est dans un tel état de prostration qu'on se décide à lui faire simplement dans la fosse iliaque droite un anus contre nature.

Le péritoine à peine ouvert, il s'écoule du pus grumeleux d'odeur infecte, les anses intestinales sont congestionnées et adhérentes ; on voit qu'il s'agit d'une péritonite généralisée et on fait un lavage à l'eau bouillie. On laisse deux drains et après avoir fait deux points de suture, on fait le pansement. La malade est si bas qu'on lui fait de nouvelles injections de caféine, d'éther et de sérum artificiel. Elle succombe à 2 h. 1/2 du matin.

On ne peut pas faire l'autopsie pour pouvoir faire un examen complet, mais en agrandissant légèrement l'incision faite pendant l'opération dans la fosse iliaque, on trouve : un liquide louche, grisâtre et des grumeaux ; on constate, comme pendant l'opération, que les anses intestinales sont hyperhémiées et agglutinées ; les adhérences sont facilement décollées. On attire en dehors l'intestin grêle et on ne constate aucune trace d'occlusion.

En examinant le cæcum, on voit que l'appendice, sur une étendue de 3 centimètres, est sphacélé ; on trouve dans

cette portion trois petits calculs stercoraux du volume d'un pois.

Il semblerait logique, en présence de faits semblables, que l'on doive en cas de doute, recourir à une intervention chirurgicale précoce qui, non seulement donnerait la certitude, mais encore apporterait un traitement efficace à l'affection causale. Mais il est certain que l'on peut aussi s'exposer à une opération inutile, comme dans l'observation suivante de M. Tissier, qui est fort troublante. Nous y voyons, en effet, un cas de pseudo-occlusion simulant admirablement l'appendicite.

OBSERVATION VII

(Tissier, *Soc. d'Obst. de Paris*, 1905.)

S..., 17 ans 1/2, sans antécédents notables, devenue enceinte en mars 1902, éprouva dans le début des malaises de toutes sortes.

Vers le cinquième mois apparurent des menaces d'avortement que le repos au lit put conjurer. Quelques semaines après, vers 6 mois, au milieu d'une santé parfaite d'apparence, survint tout à coup, un matin, une vive douleur abdominale droite avec vomissements continuels, fièvre violente, constipation absolue, ballonnement du ventre et absence de selle. Lors de l'examen, le ventre était douloureux, surtout à droite ; le pouls battait plus de cent fois par minute, le facies était grippé. Rien d'important au toucher vaginal, si ce n'est la sensibilité des culs-de-sacs.

Diagnostic. — Accidents péritonitiques probablement d'origine appendiculaire. Glace, champagne, diète alimen-

taire, opium, furent prescrits. Les phénomènes s'aggravant et l'aspect péritonéal s'affirmant, la malade fut amenée à l'hôpital le 3 octobre, examinée le 4 par le Dr Launay qui diagnostiqua une péritonite appendiculaire. Le Dr Auvard partageant cette opinion, une incision fut pratiquée dans le flanc droit. On ne trouva absolument rien dans la cavité du ventre. L'appendice était parfaitement sain, on referma. Il n'y eut pas d'amélioration les jours suivants. Il survint de l'ictère, les vomissements prirent le caractère d'hématémèses ; il y eut des épistaxis, un érythème scarlatiniforme généralisé, de la dyspepsie, le pouls à 150 avec une constipation persistante. Sérum à doses massives et caféine.

Dans la nuit du 8 octobre, rupture des membranes ; le 9, accouchement, à 6 mois 1/2, d'un enfant qui ne vécut que pendant 12 heures.

La malade est alors passée à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, où son état à partir de ce jour, s'améliore progressivement. Peu à peu tous ces symptômes effrayants disparaissent, l'intestin fonctionne, et la malade est ramenée en chirurgie, où elle demeure jusqu'au 28 octobre.

Cette femme a été revue le 26 mars en excellente santé.

Plusieurs auteurs insistent sur la délicatesse du diagnostic entre l'appendicite et l'infection puerpérale pendant les suites de couches. Nous ne sommes pas de cet avis. Les difficultés d'examen qui existaient pendant la grossesse sont en effet supprimées par l'accouchement ; la palpation est même facilitée par le relâchement de la paroi abdominale. Il suffira donc le plus souvent de ne pas se laisser impressionner d'emblée par les signes généraux, de rechercher les signes locaux propres à l'appendicite et de constater, d'autre part, l'absence des symp-

tômes de l'infection utérine : fétidité des lochies, col utérin ouvert, corps mou, volumineux, douloureux, etc. Il ne faut pas oublier cependant que les deux affections peuvent coexister. Nous avons cité plus haut (1) deux observations de Semb montrant que l'infection appendiculaire peut gagner l'utérus et y déterminer une infection post-partum.

Pronostic. — Nous serons bref sur ce chapitre. Dans l'étude que nous avons faite sur l'influence réciproque que l'appendicite et la grossesse ont l'une sur l'autre, nous avons cité des chiffres qui établissent suffisamment la gravité du pronostic pour la mère et pour l'enfant.

Sur l'ensemble des observations que nous avons recueillies, la mortalité de l'appendicite atteint 38,2 p. 100 dans la deuxième moitié de la grossesse, elle s'élève même à 53,3 p. 100 lorsque la crise appendiculaire éclate près du terme, au moment de l'accouchement. Ces chiffres sont de beaucoup supérieurs à ceux des statistiques générales de l'appendicite qui n'atteignent pas 20 p. 100.

Quant à la mortalité infantile, elle est plus considérable encore. La proportion des avortements et accouchements prématurés est de 42,1 p. 100 d'après nos chiffres. La statistique de Stæhler donne une proportion de 62 p. 100. La mortalité infantile est encore aggravée par ce fait qu'a signalé le Pr Pinard, que nombre d'enfants succombent peu de temps après leur naissance.

(1) Voir Obs. IV et V.

TRAITEMENT

Les discussions passionnées qu'a soulevé l'appendicite, à l'Académie de Médecine en 1899 et à la Société de Chirurgie, entre partisans du traitement médical et du traitement chirurgical, ont eu leur écho auprès des auteurs qui se sont occupés de la question chez les femmes enceintes, sans retrouver cependant la même acuité. Nous trouverons donc ici les deux camps opposés des interventionnistes à chaud et des temporisateurs.

Nous ne nous attarderons pas au traitement dit médical. On sait déjà depuis longtemps qu'il n'existe pas, à moins que sous ce nom on ne comprenne les divers moyens : diète, glace, opium, qui permettent au chirurgien de laisser se calmer les phénomènes aigus et de n'intervenir qu'au moment qu'il juge favorable. En réalité le traitement de l'appendicite ne peut être que chirurgical ; toute la discussion porte sur l'opportunité de l'époque de l'opération, précoce ou tardive.

Les chapitres précédents, en nous montrant l'action néfaste qu'exerce la grossesse sur l'appendicite, les dif-

ficultés du diagnostic, la fréquence des péritonites diffuses, leur évolution sournoise, la mortalité des femmes, atteignant des proportions inaccoutumées, le pronostic pour l'enfant plus sombre encore, nous expliquent facilement pourquoi le plus grand nombre des auteurs est partisan des interventions précoces.

En 1896 Mundé écrivait déjà : « Je pense que les nombreux exemples d'appendicite, avec ou sans suppuration, se produisant pendant la grossesse ou le travail, qui ont été relatés depuis la publication de mon mémoire, il y a environ un an, doivent nous engager à nous mettre en garde contre cet accident dans cette circonstance comme dans toutes les autres, et à traiter la maladie sans nous préoccuper de l'existence de la grossesse. C'est pourquoi, je ne suis pas du même avis que les médecins qui veulent, pour une attaque d'appendicite, provoquer l'avortement ou l'accouchement. »

Pour M. Pinard « l'appendicite pendant la grossesse doit être traité chirurgicalement, plus rapidement que dans n'importe quel autre cas. » M. Segond est d'avis d'opérer dès qu'il y a le moindre soupçon d'appendicite. Budin dans la thèse de son élève Iarca, Lepage, Tissier dans la thèse de Croste, Oui dans la thèse de Dupuis ; à l'étranger, Stælher, Fueth, Weber, Campione sont également partisans des interventions rapides.

Les objections n'ont pas manqué à cette ligne de conduite. Pérès, dans sa thèse en faveur du traitement médical, oppose les chiffres de mortalité (33,3 p. 100)

des opérations à chaud à ceux (16,6 p. 100) des cas non opérés. On ne peut s'empêcher, ajoute-t-il, de trouver peu favorables les statistiques où l'on a opéré « d'une façon absolue et immédiate » (Dieulafoy).

On a, depuis longtemps déjà, fait justice de cet argument qui consiste à opposer dans des statistiques des cas de gravité tout à fait différente, ceux traités médicalement, bénins pour la plupart et ceux opérés qui comportent presque toujours des complications graves. Il est facile de voir, en parcourant les observations d'appendicites opérées, qu'un très grand nombre d'interventions a été pratiqué dans des cas désespérés, chez des femmes déjà agonisantes et que le pourcentage élevé de la mortalité, dû précisément à ces opérations faites trop tardivement, la main pour ainsi dire forcée, et non pas d'*une façon absolue et immédiate*, ainsi que le voulait Dieulafoy, est un argument contre les temporisateurs et non contre les partisans des interventions précoces.

Sonnenburg, Kœnig, Fueth, Weber sont partisans de l'expectation, car, disent-ils, tous les cas d'appendicites des femmes enceintes ne sont pas forcément graves. Mais ces mêmes auteurs sont très embarrassés lorsqu'il s'agit de différencier les cas graves de ceux qui ne le sont pas. Sonnenburg, qui a essayé de trouver dans l'examen du sang et dans la constatation ou la non constatation d'une leucocytose, un complément aux indications insuffisantes de la clinique, reconnaît lui-même que la leucocytose n'a de valeur qu'au point de vue pronostic.

En réalité, dans l'état actuel de la science, il n'existe aucun critérium qui permette de préjuger l'évolution d'une appendicite. Cela est surtout vrai chez les femmes en état de grossesse avancée ; nous avons vu comment chez elles un état général satisfaisant masque souvent des lésions graves : des perforations appendiculaires, une péritonite qui se généralise. A notre avis c'est donc une erreur et une imprudence, sur la foi de quelques cas heureux, de laisser s'écouler un temps précieux et de se trouver à la suite d'une de ces brusques surprises, dont l'histoire de l'appendicite nous offre tant d'exemples, forcé à intervenir quand même, mais dans les conditions les plus désastreuses.

L'idéal serait d'opérer dès le début de la crise dans les trente-six premières heures. On sait aujourd'hui que, dans ces conditions, l'intervention offre un minimum de danger et permet de supprimer radicalement le foyer infectieux, source de dangers pour la mère et pour l'enfant.

Nous n'avons trouvé, dans l'ensemble des observations que nous avons rassemblées, que six exemples d'appendicites opérées dans les trente-six premières heures, avec cinq guérisons et une mort : dans un cas (Mauclaire) opéré dix-sept heures après le début de la crise, bien qu'il existât déjà une péritonite diffuse la femme guérit parfaitement et la grossesse évolua normalement. Quant à l'observation d'Hergott où la femme succomba, il est facile de se rendre compte que l'intervention ne fut précoce qu'en apparence ; la présence d'un abcès périappendiculaire et de cicatrices anciennes sur l'appendice mon-

tre que le début des accidents était bien antérieur à la crise constatée cliniquement.

Ce petit nombre d'observations nous montre combien malheureusement sont rares les cas où l'on pourra intervenir d'une façon précoce. Le plus souvent le chirurgien est appelé alors que la crise est déclarée depuis plusieurs jours, c'est-à-dire au moment le plus défavorable pour une intervention. Malgré cela, et surtout s'il s'agit d'une grossesse avancée, nous croyons qu'en raison de la gravité du pronostic le chirurgien devra opérer immédiatement.

L'hésitation ne sera pas permise si l'on a le moindre soupçon d'une généralisation de l'infection au péritoine. Attendre les signes confirmés d'une péritonite généralisée, c'est attendre que la situation soit désespérée. Lorsque ces signes existent, lorsqu'il y a du hoquet, lorsque le facies est plombé, lorsqu'il y a du météorisme abdominal, discordance du pouls et de la température, etc., il est trop tard ; on peut dire que la femme est déjà mourante ; l'intervention ne fera le plus souvent que hâter de quelques heures la terminaison.

Lorsqu'il existe une suppuration circonscrite dans la région péricæcale, nous croyons avec Frænkel qu'il faudra encore agir rapidement, surtout s'il s'agit d'une récidive, ce qui est le cas le plus fréquent. Il y a tout lieu en effet de craindre que l'accouchement ou l'avortement, qui ne tardera pas en général à se produire, ne rompe les adhérences protectrices et ne généralise l'infection à la grande cavité péritonéale.

Seuls les cas où il s'agit d'une première crise appen-

diculaire survenant dans les derniers mois de la grossesse, sans suppuration, peuvent être soumis aux indications générales du traitement de l'appendicite et autorisent une expectation plus prudente et plus vigilante encore que de coutume.

Interventions prophylactiques. — Devant le danger que courent les femmes menacées d'une crise appendiculaire dans la seconde moitié de la gestation, la gravité et les difficultés des interventions chirurgicales, on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu de pratiquer l'appendicectomie préventivement dans les premiers mois de la grossesse, lorsque des poussées antérieures d'appendicite font craindre chez une femme des récidives d'autant plus redoutables qu'elles se produisent à une époque plus avancée de la grossesse. Le principe de ces interventions a été posé par le Professeur Pinard : « Si dans la période d'activité sexuelle, écrit-il, une jeune femme non enceinte ou une jeune fille présente des poussées d'appendicite, il est d'une sage prophylaxie d'intervenir chirurgicalement le plus tôt possible afin de prévenir les accidents qui pourraient survenir à l'occasion d'une maternité future ». Hergott et Monod sont également partisans de ces opérations préventives. « L'ablation de l'appendice à froid, dit Monod, indiquée chez tout sujet atteint d'une première crise appendiculaire, l'est particulièrement chez la femme enceinte ; elle sera pratiquée de préférence du troisième au quatrième mois. »

Presque tous les auteurs allemands, Frænkel, Boije,

Stæhler, Fueth, Weber, etc., se sont élevés contre la légitimité de ces opérations préventives. Il faut reconnaître que leur opinion ne repose sur aucune raison valable. Leur seul argument contre l'intervention prophylactique est celui qui a déjà été opposé aux opérations à chaud : toute crise appendiculaire n'est pas forcément grave chez une femme enceinte. Mais nous avons vu que le plus souvent ces crises sont graves et qu'en tout cas rien ne nous permet de dire d'avance si elles seront légères ou non. Dans cette incertitude, faut-il laisser courir à la femme le risque d'aussi graves dangers avec ce seul espoir que peut-être tout finira par s'arranger.

En réalité on ne peut faire aux interventions prophylactiques aucune critique sérieuse. On sait que l'appendicectomie pratiquée à froid est une opération d'une bénignité absolue. Chez la femme enceinte, au début de la grossesse, elle offre la même simplicité que chez n'importe quel autre individu, elle est inoffensive et pour la mère et pour la grossesse. Monod a pratiquée trois appendicectomies à froid chez des femmes enceintes de 3 à 4 mois, avec guérison et continuation absolument normale de la grossesse. Dans les 12 observations inédites que nous a communiquées le Dr Routier, six interventions ont été pratiquées également à froid, à des périodes de la gestation variant entre un et quatre mois. Dans tous les cas la femme a guéri sans aucun incident et la grossesse a évolué jusqu'au terme.

Si à ces résultats on compare ceux que donne le traitement quel qu'il soit, lorsque la crise appendiculaire a

éclaté, on ne peut s'empêcher de penser que bien des désastres eussent peut-être été évités si l'on avait recouru plus tôt à l'appendicectomie prophylactique.

Technique opératoire. — Elle ne diffère pas sensiblement de la technique habituelle de l'appendicectomie. Quelques points de détails méritent cependant d'attirer l'attention. L'incision peut être, suivant les préférences de l'opérateur, l'une des incisions classiques de Roux, Mac Burney, Max Schuller, Jalaguier. Cependant il faudra avoir présent à la mémoire que, dans les grossesses avancées, l'appareil cæcal peut être refoulé plus ou moins haut vers l'hypochondre droit. Le siège de la douleur, et du plastron lorsqu'il existe, donne à ce sujet des indications précieuses.

L'incision devra donc, dans certains cas, être plus haute que dans l'appendicectomie normale. Aussi, pour cette raison, donnons-nous une préférence aux incisions à direction verticale, type Max Schuller ou Jalaguier, ou à la laparotomie à travers le muscle Grand Droit, telle que la pratique notre maître M. Routier, incisions qui se prêtent mieux que celles obliques de Roux ou de Mac Burney, à un agrandissement vers le haut, s'il en est besoin.

La découverte du cæcum et de l'appendice n'a jamais présenté, dans toutes les observations que nous avons rassemblées, de difficultés bien considérables du fait du volume de l'utérus. Dans quelques cas l'opérateur a été obligé de récliner l'utérus pour aborder le cæcum qui était plus ou moins masqué par lui. Fueth, dans ses

recherches, dit avoir trouvé le cæcum repoussé en avant par l'utérus, plus en contact avec la paroi abdominale antérieure et par conséquent facilement accessible.

Les autres temps de l'opération : résection de l'appendice, enfouissement du moignon, réfection de la paroi n'offrent aucune particularité. Les résultats, au point de vue de la solidité de la paroi sont bons, si l'on peut faire la réunion par première intention. Dans aucune des interventions pratiquées à froid par M. Routier, il n'y a eu d'éventration secondaire, malgré la distension que fit subir à la cicatrice le développement de la grossesse. Au contraire, lorsqu'il y a réunion par seconde intention et drainage abdominal plus ou moins prolongé, il faut s'attendre à une éventration presque certaine.

Quelques auteurs pensent qu'il y aurait alors avantage à établir les drainages par la voie vaginale. Futh a fait remarquer que ce drainage vaginal n'est plus possible à partir du quatrième mois de la grossesse, car l'utérus remplit alors complètement la cavité du petit bassin et empêche les collections liquides de descendre vers le Douglas. D'autre part, l'ascension du cæcum fait que les abcès ont généralement une situation haute. Dans un cas, Labhardt a pu drainer par le rectum.

Lorsqu'il y a péritonite généralisée, il sera de toute nécessité, dans les derniers mois de la grossesse, de faire une contre-ouverture dans la fosse iliaque gauche, que l'on drainera pour son propre compte. L'utérus forme, en effet, un véritable mur médian qui isole presque complètement les fosses iliaques droite et gauche et rend difficile le passage des liquides de l'une à l'autre.

Les Américains. M. Arthur, Marx étaient d'avis qu'il fallait avant de pratiquer l'appendicectomie, évacuer l'utérus du produit de conception. Nous ne voyons pas l'utilité de cette pratique qui, par contre, nous paraît offrir des inconvénients et des dangers. La découverte de l'appendice, si elle peut, dans certains cas, être gênée par l'utérus, n'offre pas, de l'avis de tous les auteurs, de difficultés insurmontables. D'autre part l'évacuation de l'utérus, lorsque la femme n'est pas en travail, nécessite des manœuvres souvent pénibles et longues qui constituent une perte de temps préjudiciable dans des cas où souvent la rapidité de l'intervention est la cause du succès. Ce qui est plus grave encore, c'est qu'il en résulte un traumatisme véritable de l'abdomen, qui pourra déterminer la rupture d'adhérences protectrices et ouvrir à l'infection la grande séreuse péritonéale. Nous avons vu combien le travail se produisant en pleine crise appendiculaire aggravait le pronostic ; l'évacuation artificielle de l'utérus nous paraît encore plus dangereuse. Il est au moins inutile, pour un avantage minime, d'aggraver une situation déjà sérieuse.

Dans les cas seulement, où la femme est en travail et à une période avancée de dilatation du col, il est permis, ainsi que le fit une fois M. Tissier, avant l'intervention chirurgicale, d'achever la dilatation et de hâter l'accouchement par une application de forceps.

OBSERVATIONS

(*Les observations suivantes sont inédites et nous ont été communiquées par le Dr Routier.*)

OBSERVATION VIII

Appendicite aiguë au début de la grossesse. — Opération à chaud. — Guérison. — La grossesse continue.

Mme X..., 29 ans, VIIpare, a toujours accouché normalement ; au cours de sa dernière grossesse a souffert du côté droit du ventre ; actuellement est au début de sa septième grossesse.

13 fév. 1903. — Il y a dix jours, la malade a été prise de douleur vive au point de Mac Burney ; elle était constipée depuis quelque temps. Depuis elle souffre de douleurs abdominales violentes. Températ. 37°8. Pouls 104.

17 fév. — Nausées sans vomissements. Douleurs toujours vives. Cependant il n'y a pas de contracture de la paroi. Pas de début de travail. Le Dr Routier est appelé en consultation avec MM. Dieulafoy et Ribemont-Dessaigne. L'intervention est décidée.

18 fév. — Laparotomie sur le bord externe du Grand

Droit. On trouve un corps étranger cartilagineux libre dans la cavité péritonéale. L'appendice est réséqué au thermo-cautère. Il présente un étranglement à l'union du tiers moyen et du tiers libre. Ce dernier tiers est fibreux. Dans la partie perméable, fèces. Sur la muqueuse on constate un piqueté hémorragique.

Suites opératoires excellentes.

1er mars. — On constate une légère albuminurie.

12 mars. — La malade se lève, l'albuminurie a disparu. La grossesse évolue normalement.

OBSERVATION IX

Appendicite à répétition. — Appendicectomie au début de la grossesse. — Guérison. — Accouchement à terme.

L. D., 21 ans, Ip. Entre le 5 décembre 1903 à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Réglée à 15 ans, mais n'a eu ses règles que cinq fois. Dernières règles en octobre 1903.

La malade a eu sa première crise d'appendicite il y a deux mois avec douleur, fièvre, vomissements. Quatre crises moins fortes depuis.

A l'examen, on trouve l'utérus en rétroversion. Il semble qu'il y ait une annexite droite.

15 décembre. — Laparotomie médiane. Les annexes sont saines. On se contente de réséquer l'appendice. Il est très long, contourné sur lui-même, fortement congestionné. Le jour de l'opération et le lendemain, piqûres de morphine (2 centigrammes par jour).

24 décembre. — La malade quitte l'hôpital guérie. Le 27 juin 1904, la malade revient voir le Dr Routier avec son enfant qu'elle allaite. Elle a accouché sans incidents, à terme.

OBSERVATION X

Appendicite chronique. — Appendicectomie au début de la grossesse. — Guérison. — Accouchement à terme.

E. N..., 24 ans, VIIIpare. A eu quatre enfants à terme, trois fausses couches.

Entre salle Foucher, le 30 juin 1905. Elle souffre depuis longtemps du ventre. Les douleurs ont redoublé après sa 3e grossesse. On fit alors le diagnostic de salpingite, mais elle ne voulut pas se faire opérer.

Depuis elle a toujours souffert, mais depuis trois semaines, les douleurs sont intolérables. La malade a toujours été réglée. En janvier et en février elle aurait eu des pertes de sang.

A l'examen, on trouve un gros utérus avec, à droite et à gauche, un noyau que l'on peut saisir entre les doigts. On pense à une double salpingite.

8 juillet. — Laparotomie médiane. On trouve un gros utérus mou d'apparence gravide (un mois environ). Les annexes sont saines sans être vasculaires comme pour une grossesse.

Résection de l'appendice qui est long, congestionné, rempli de fèces.

Piqûres de 2 centigrammes de morphine dans les jours qui suivent l'opération.

15 juillet. — Ablation des fils de la paroi.

Le 8 mars 1906, la malade accouche normalement à terme. Elle a eu un second enfant en 1909.

OBSERVATION XI

Crises appendiculaires antérieures à la grossesse. — Opéra-

tion à froid au troisième mois de la grossesse. — Guérison. — La grossesse continue.

F. C..., 26 ans, IIpare. Entre le 17 janvier 1906 salle Foucher.

Réglée à 17 ans. Est actuellement enceinte de 3 mois.

Première crise d'appendicite il y a dix-huit mois.

En août 1905, deuxième crise plus violente.

Depuis, douleur persistante qui a augmenté ces jours-ci.

A l'examen, point de Mac-Burney douloureux. Ventre souple partout, le cæcum gargouille.

20 janvier 1906. — Laparotomie sur le bord externe du droit. Très long appendice, recourbé.

Morphine : 2 centigrammes.

29 janvier. — La malade est guérie. La grossesse évolue normalement.

OBSERVATION XII

Appendicite aiguë au cours d'une grossesse. Intervention dans les vingt-quatre premières heures. — Avortement. — Salpingite double. — Guérison.

M. L. R..., 35 ans. Entre salle Foucher le 8 avril 1904.

La femme a été prise brusquement la veille de douleurs dans le ventre, ayant plus d'acuité à droite et de vomissements.

Intervention immédiate. Laparotomie sur le bord externe du droit. A l'incision du péritoine, il s'écoule du pus épais. La recherche de l'appendice est difficile, il est sous-cœcal. La trompe droite est rouge, presque hémorragique. Par expression, on en fait sourdre du pus. Résection de l'appendice, il est congestionné. La muqueuse est hémorragique. Il existe un point de stricture au milieu. Drainage.

Morphine : 2 centigrammes.

Le soir même, la malade fait une fausse couche. Suites opératoires bonnes, malgré une congestion pulmonaire.

17 mai. — La malade quitte l'hôpital pour aller en convalescence au Vésinet. A ce moment, on avait constaté l'existence d'une double salpingite.

OBSERVATION XIII

Appendicite antérieure à la grossesse. — Opération à froid au deuxième mois de la grossesse. — Guérison. — La grossesse continue.

M. B... entre salle Foucher le 11 mai 1907.

Elle a été soignée en ville pour une crise appendiculaire par le Dr Le Guellaud; elle avait eu auparavant quelques crises légères.

Elle est actuellement enceinte de deux mois.

18 mai. — Laparotomie sur le bord externe du droit. Appendice long, plié, présentant une ecchymose.

Suites opératoires excellentes. La grossesse continue.

OBSERVATION XIV

Appendicite au cours d'une grossesse prise pour une grossesse extra-utérine. Laparotomie. Avortement. Guérison.

M. D... entre le 27 juin 1907 à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Réglée à 16 ans. II-pare.

Dernières règles, 20 avril.

A la fin du mois de mai, la malade a eu une hémorragie avec caillots.

Depuis quinze jours elle souffre dans le ventre, à droite. A l'examen, on sent l'utérus reporté vers la gauche et flanqué à droite d'une tumeur assez grosse que l'on précise mal, toutefois.

Le 6 juillet, la femme a de nouveau une perte de sang. On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Laparotomie médiane. On trouve un utérus gravide. Les annexes sont saines.

Ablation de l'appendice. Il est long ; sa cavité est remplie de sang et de fèces.

10 juillet. — La femme fait une fausse couche de deux mois environ.

Suites excellentes. La malade quitte l'hôpital guérie.

OBSERVATION XV

Crises appendiculaires répétées avant la grossesse. Opération à froid au deuxième mois. Guérison. La grossesse continue.

G. R..., 25 ans, entre le 14 mai 1908 à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Elle a déjà eu trois crises d'appendicite en novembre 1907, janvier et mai 1908.

Elle est enceinte de deux mois. Elle réclame elle-même l'opération car sa sœur est morte d'une appendicite.

A l'examen on trouve encore de la douleur au point de Mac-Burney.

19 mai. — Laparotomie à travers le grand droit. L'appendicite est de la grosseur du pouce et accolé au cæcum. Résection au thermocautère, enfouissement du moignon.

Examen. — Les parois de l'appendice sont épaisses. La cavité est remplie d'un magma noir. La muqueuse a une teinte ecchymotique.

La malade guérit sans incident. La grossesse évolue normalement.

OBSERVATION XVI

Appendicite antérieure à la grossesse. Opération à froid au début de la grossesse. Guérison. La grossesse continue.

C. P..., 20 ans. Entre à l'hôpital Necker, salle Foucher, le 23 juin 1908.

La malade a été soignée en ville par le Dr Le Guellaud pour une crise appendiculaire aiguë. A son entrée à l'hôpital, elle est complètement guérie.

Elle est au début de sa première grossesse.

2 juillet. — Laparotomie à travers le grand droit. Résection facile d'un appendice long et gros.

Guérison sans incident. La grossesse évolue normalement.

OBSERVATION XVII

Appendicite aiguë au quatrième mois de la grossesse. Opération à froid. Guérison. Accouchement à terme.

L. M..., 24 ans. Entre à l'hôpital Necker, salle Foucher, le 24 novembre 1909.

Dernières règles, 30 juin 1909.

11 novembre. — Crise aiguë d'appendicite. Douleurs, vomissements, soignée en ville par le Dr Guérin. Glace, diète, repos.

24 novembre. — Entre à l'hôpital, la crise est apaisée. L'utérus est à l'ombilic.

27 novembre. — Laparotomie à travers le grand droit. Ablation de l'appendice.

Suites opératoires excellentes.

Le 4 avril 1910, accouchement d'une fille à terme.

OBSERVATION XVIII

Appendicite au début d'une grossesse. Opération. Guérison. Avortement tardif.

M. D..., 27 ans. IIIpare. Entre salle Foucher, le 3 décembre 1909.

Elle aurait eu, au mois de juillet, des métrorragies abondantes.

A son entrée, la femme souffre au niveau du point de Mac-Burney.

A l'examen on trouve un utérus gros correspondant à une grossesse de deux mois environ. A droite de l'utérus, on perçoit une sorte de tuméfaction.

16 décembre. — Appendicectomie par laparotomie médiane, car on a des doutes sur les annexes droites.

L'utérus est gravide. Les annexes sont saines.

L'appendice est long, rempli de fèces. Sur la muqueuse, on trouve des ecchymoses.

Quatre piqûres de morphine de 1 centigramme par vingt-quatre heures.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Quinze jours après sa sortie, elle aurait fait une fausse couche.

OBSERVATION XIX

Deux crises d'appendicite antérieures à la grossesse. Opération à froid au deuxième mois. Guérison. La grossesse continue.

B. D..., 26 ans, entre à l'hôpital Necker, pavillon Nélaton, le 10 mai 1911.

La malade a eu deux crises d'appendicite ; la première il y a dix ans, la deuxième en 1910.

Elle est enceinte pour la première fois. Dernières règles 28 février 1911.

Depuis quelques jours, elle se plaint de souffrir dans le côté droit du ventre. Pas de fièvre.

A l'examen, on trouve le point de Mac-Burney sensible à la pression. Il n'y a pas de défense musculaire.

Le 10 mai, laparotomie à travers le droit.

On enlève un appendice long, gros et rouge. La muqueuse est très ecchymotique et épaissie. Guérison sans incident. La grossesse évolue normalement.

OBSERVATIONS

I. — CAS

(Pour les références se repor

N°	Dates et références	Crise append. ant. à la gross.	Age de la grossesse au moment de la cr. append.	Date de l'opérat. après le début de la cr. append.
1	Stimson 1890	?	3e mois	?
2	Mixter 1891	?	7e mois	Op. à froid
3	Krafft 1893	+	4e mois	Op. à chaud
4	Mundé 1894	?	8e mois	14e jour
5	Abrahams 1895	0	3e mois	15e jour
6	M. Arthur..... 1895	?	4 m. 1/2	2e jour
7	M. Arthur..... 1895	0	4 m. 1/2	3e semaine
8	Harrison 1895	?	5e mois	10e jour
9	Mundé 1895	?	5e mois	6e jour
10	Mundé 1895	0	Crises subaiguës dans 1re moitié de la gross.	Op. à chaud apr. accouchem.
11	Crutcher..... 1896	?	2e mois	18e jour
12	Hirst 1896	?	4e mois	20e heure
13	Jarman..... 1896	?	4e mois	?
14	Penrose 1896	?	3e mois	Op. à froid

RÉSUMÉES

OPÉRÉS

ter à l'index bibliographique)

Etat des lés. append. et périt.	CONSÉQUENCES pour la grossesse	p. la mère
Péritonite enkystée.	?	G.
Péritonite enkystée.	Enfant mort.	G.
Péritonite enkystée.	Accouch. à terme.	G.
Péritonite enkystée.	Accouch. prématuré 6 jours après opér. Fœtus macéré.	G.
Gangrène de l'append. Abcès péricæcal.	Avortement.	*M.*
Gangrène de l'append. Abcès.	Avortement 24 heures après opération.	*M.*
Append. au milieu d'anses agglutinées.	Avortement 3 jours après opération.	*M.*
Abcès appendiculaire.	Avortement avant l'opération	G.
Péritonite enkystée.	?	*M.*
Abcès stercoral.	Accouchem. avant l'opér.	*M.*
Gangrène de l'append. Péritonite purulente.	Avortement avant l'opér.	*M.*
Perforat. de l'append. Péritonite au début.	La grossesse continue.	G.
Abcès intra-appendiculaire.	La grossesse continue.	G.
Appendic. et annexite.	Avortement provoqué.	G.

N°	Dates et références	Crise append. ant. à la gross	Age de la grossesse au moment de la cr. append.	Date de l'opérat. après le début de la cr. append.
15	PENROSE 1896	+	4e mois	Op. à froid
16	NOBLE..... 1896.....	?	Pendant l'accouchem.	18e jour
17	WINEBERG 1896	?	8e mois	?
18	ABRAHAMS 1897	?	8e mois	6e jour après l'accouch.
19	ABBÉ 1897	?	7e mois	?
20	BULL 1897	?	3e mois	?
21	LE GENDRE 1897	+	2e mois	Op. à froid
22	GERSTER ..... 1897 cité par Boije	+	?	?
23	GERSTER	+	?	?
24	KROENIG ..... 1897 Cité par Boije	0	8e mois	7e jour
25	OPPENHEIMER ... 1897 Cité par Boije	?	7e mois	9e jour
26	PINARD 1897	0	5e mois	6e jour
27	FRAENKEL 1898	+	6e mois	4e jour
28	FRAENKEL 1898	?	2e mois	3e jour

Etat des lés. append. et périt.	CONSÉQUENCES pour la grossesse	p. la mère
App. adhérent. Salpingo-ovarite.	Avortement.	G.
Péritonite enkystée.	Enfant vivant.	G.
?	?	G.
?	?	G.
Péritonite à droite de l'utérus	La grossesse continue.	G.
Perforation de l'appendice.	?	G.
Péritonite localisée.	La grossesse continue.	G.
Perforation de l'appendice.	Accouchement à terme.	G.
?	Accouchement à terme.	G.
?	Accouchement prématuré 5 jours après opération.	*M.*
?	Accouchem. prématuré avant l'opération.	*M.*
Perfor. de l'app. Périton diff. Infection utér. secondaire.	Avortement.	*M.*
Péritonite diffuse.	Avortement.	
Abcès péricæcal.	Avortement.	*M.*

N°	Dates et références	Crise append. ant. à la gross.	Age de la grossesse au moment de la cr. append.	Date de l'opérat. après le début de la cr. append.
29	FRAENKEL 1898	0	10 j. ap. accouch. Récidive 4 semaines après.	15e jour
30	MARX 1898	?	6 h. ap. accouch.	Op. à chaud
31	MARX 1898	? ?	4 j. ap. accouch.	Op. à chaud
32	MARX 1898	+	4e mois	?
33	VINAY 1898	+	Appendicite à répétition.	Op. à froid
34	LAGOUTTE..... 1898 In th. Bapteste.	+	4e mois	Op. à froid
35	LAROYENNE ..... In th. Jarca.	?	3 m. 1/2	Op. à chaud
36	BUDIN ..... 1898 In th. Jarca.	?	5e mois	
37	PEYROT ..... 1898 Cité par Pinard	?	3e mois	?
38	MARX 1898	+	7e mois	6e jour
39	MARX 1898	0	4 m. 1/2	4e jour
40	PORAK, SCHWARTZ 1899	?	7 m. 1/2	4e jour
41	BOUILLY 1899	?	7e mois	4e jour
42	SEGOND 1899	?	5e mois	4e jour

Etat des lés. append. et périt.	CONSÉQUENCES pour la grossesse	p. la mère
Péritonite diffuse. App. adhér. à ov. dr.		*M.*
?		G.
App. enfoui dans des adhérences.		G.
?	La grossesse continue.	G.
		G.
	Avortement.	G.
Péritonite enkystée.	La grossesse continue.	F.
Péritonite diffuse.	Non accouchée.	*M.*
Péritonite enkystée.	Accouchem. prématuré. Enfant vivant.	G.
Gangrène de l'append.	Accouchement prématuré.	
Abcès encapsulé.	Avortement.	*M.*
Péritonite diffuse.	Accouch. prématuré avant l'opération.	*M.*
Abcès intra-appendiculaire.	Accouchement prématuré. Enfant vivant.	G.
Gangrène de l'appendice.	Avortement.	*M.*

N°	Dates et références	Crise append. ant. à la gross.	Age de la grossesse au moment de la cr. append.	Date de l'opérat. après le début de la cr. append.
43	Brandt ..... 1900 Cité par Boije	+	6e mois	?
44	Falk ..... 1900 cité par Boije.	0	6e mois	Op. tardive
45	Hergott 1900	0	8e mois	3e jour
46	Hergott 1900	+	9e mois	1er jour
47	Koenig 1900	0	5e mois	6e jour
48	Koenig 1900	+	9e mois	Op. à chaud
49	Koenig 1900	+	6e mois	20e jour
50	Pinard 1900	?	6e mois	3e jour
51	Pinard 1900	0	3e mois	10e jour
52	Keiler 1900	+	1re mois	Op. à chaud
53	Monod 1900	+	5e mois	Op. à froid
54	Monod 1900	+	4e mois	Op. à froid
55	Monod 1900	App. chron.		Op. à 3 m. 1/2 de gross.
56	Sauvage ..... 1901 In th. Massarel	?	6e mois	?

Etat des lés. append. et périt.	CONSÉQUENCES pour la grossesse	p. la mère
?	La grossesse continue.	G.
Abcès volumineux.	Accouchement à terme.	G.
Péritonite diffuse.	Accouchement prématuré.	*M.*
Abcès péricæcal. Cicatrices anciennes sur l'append.		*M.*
Perforation de l'appendice. Péritonite diffuse.	Avortement.	*M.* *M.*
Perforation de l'appendice.	Enfant vivant.	*M.*
Abcès. Infection utérine.	Avortement avant l'opér.	G.
Gangrène de l'appendice. Début de péritonite	Accouchement prématuré. Fœtus vivant.	G.
Péritonite.	Avortement.	G.
Abcès péricæcal.	Avortement.	G.
	Accouchement à terme.	G.
	Accouchement à terme	G
	Accouchement à terme.	G
?	Avortement.	G.

N°	Dates et références	Crise append. ant. à la gross.	Age de la grossesse au moment de la cr. append.	Date de l'opérat. après le début de la cr. append.
57	Geuer..... 1902	+	5e mois	?
58	Croisier 1902	+	2 m. 1/2	Op. à froid
59	Oui 1902	0	6e mois cr. à répétit.	5e jour
60	Oidtmann 1900	+	3e mois	18e jour
61	Oidtmann 1903	+	3e mois	?
62	Oui 1904	+	3 m. 1/2	Op. à froid
63	Meurer 1904	+	8e mois	?
64	Lediard 1904	+	6e mois	8e jour
65	Schoemaker ... 1904	?	5e mois	5e jour
66	Ollivier 1904	+	7e mois	?
67	Mauclaire..... 1904	?	5e mois	17e heure
68	Fueth 1905	?	4e mois	4e jour
69	Fueth 1905	?	3e mois	5e jour
70	Sonnenburg 1905	+	4e mois	Op. à froid
71	Sonnenburg 1905	?	?	Op. à chaud

Etat des lés. append. et périt.	CONSÉQUENCES pour la grossesse	p. la mère
	La grossesse continue.	G.
	Avortement avant l'opér.	G.
Abcès péricæcal. Péritonite diffuse.		*M*
Abcès multiples.	Avortement.	G.
?	?	G.
	Avortement.	G.
?	La grossesse continue.	G.
Abcès péricæcal.	Accouchement prématuré. Enfant mort.	G.
Abcès péricæcal.		*M.*
?	Accouchement prématuré. Enfant mort.	*M.*
Péritonite.	Accouchement à terme.	G.
Abcès de la fosse iliaque.	Avortement.	G.
Abcès péricæcal.	Accouchement prématuré à 6 mois	G.
	La grossesse continue.	G
Gangrène de l'append.	Avortement.	G.

N°	Dates et références	Crise append. ant. à la gross.	Age de la grossesse au moment de la cr. append.	Date de l'opérat. après le début de la cr. append.
72	Sonnenburg 1905	?	5e mois	Op. à chaud
73	Tissier et Lemeland 1905	?	8e mois	Op. à chaud
74	Heaton 1905	0	2e mois	6e jour
75	Heaton 1905	+	7e mois	Plus. intervent. pour suppurat. prolongée
76	Weber..... 1908	?	3e mois	Op. à froid
77	Weber..... 1908	?	3e mois	4e jour
78	Weber..... 1908	+	5e mois	15e jour
79	Weber..... 1908	?	3e mois	Op. à froid.
80	Staehler 1909	+	1er mois	Op. à froid
81	Staehler 1909	0	8e mois	3e jour
82	Staehler 1909	+	2e mois	2e jour
83	Brindeau et Jeannin 1909	?	3e mois	5e jour
84	Morestin 1909	?	6e mois	5e jour
85	Hepp..... 1911	?	3 m. 1/2	1er jour

Etat des lés. append. et périt.	CONSÉQUENCES pour la grossesse	p. la mère
Péritonite aiguë.	Avortement.	*M.*
Péritonite diffuse.	Accouchement avant l'op.	*M.*
Abcès péricæcal.	La grossesse continue.	G.
Abcès multiples.	Accouchem. prématuré d'un fœtus mort.	G.
?	?	G.
Perforation et gangrène de l'append.	Accouchement à terme.	G.
Abcès extrapéritonéal.	Accouchement à terme.	G.
	La grossesse continue.	G.
Appendicite chronique.	La grossesse continue.	G.
Péritonite enkystée. Trompe dr. enflammée.	Accouchement d'un enfant mort.	G.
Gangrène de l'append.	Accouchement à terme..	G.
Gangrène de l'appendice. Péritonite diffuse.	Non accouchée.	*M.*
Perforation de l'append. Péritonite diffuse.	Accouchement prématuré.	G.
Append. tuméfié et congest.	Accouchement à terme.	G.

II. — CAS N

N°	Références et dates	Cr. append. ant. à la gross.	Age de la gross. au moment des 1ers accidents
1	KORN 1885	+	6e mois
2	LÉOPOLD 1885	?	3e mois
3	MULLER 1888	?	9e mois
4	WIGGIN 1892	?	3e mois
5	MURET 1893	0	5e mois
6	BAYLEY 1895	0	5e mois
7	THOMASON 1895	?	9e mois
8	WINEBERG 1896	?	9e mois
9	SCHAIE ..... 1897 (*Cité par Abrahams*)	?	7e mois
10	ABRAHAMS 1897	?	7e mois
11	ABRAHAMS 1897	?	5e mois
12	ABRAHAMS 1897	?	9e mois
13	HLAWACEK 1897	+	9e mois
14	BOUVERET ..... *in Th. Bouilly.*	?	4e mois

ON OPÉRÉS

CONSÉQUENCES pour la grossesse	CONSÉQUENCES p. la mère	Lésions constatées à l'autopsie
Accouchement prématuré. Enfant vivant.	*M.*	App. adhér. à l'utérus. Péritonite diffuse.
Avortement.	G.	
Césarienne post-mortem. Enfant mort.	*M.*	Perforat. de l'append. Calcul. Péritonite diffuse.
Non accouchée.	*M.*	Gangrène de l'append. Péritonite diffuse.
Accouchement à terme.	*M.*	2 j. après accouch. Perforat. append. Adhérences rompues. Péritonite.
Accouchement à terme.	G.	
Accouchement à terme.	G.	
Accouchement à terme.	G.	
Accouchement prématuré.	G.	
Accouchement à terme	G.	(Récidive 6 mois après).
?	G.	
Accouchement 8 jours après la crise.	G.	
Accouchement 10 jours après la crise.	*M.*	Abcès ancien. Péritonite diffuse.
Avortement.	G.	

N°	Références et dates	Cr. append. ant. à la gross.	Age de la gross. au moment des 1ers accidents
15	FRÆNKEL 1898	+	5e mois
16	VINAY 1898	+	6e mois
17	VINAY 1898	?	2e mois
18	BRETON et LAGOUTTE ..... 1899 *in Th. Bapteste*	?	4e mois
19	PORAK et SCHWARTZ..... 1899	?	3e mois
20	BROUSSOLE..... 1899 *in Th. Bapteste*	?	4e mois
21	FONSAGNY ..... 1899 *in Th. Bapteste*	+	3 m. 1/2
22	KŒNIG 1900	? ?	5e mois
23	KŒNIG 1900	?	5e mois
24	HAGAPOFF 1900	? ?	8e mois
25	FUETH 1900	O	3e mois
26	FUETH 1903	+	9e mois
27	FUETH 1905	?	7e mois
28	FUETH 1905	?	3e mois

CONSÉQUENCES pour la grossesse	p. la mère	Lésions constatées à l'autopsie
Avortement.	*M.*	
Accouchement à terme.	G.	
Avortement.	G.	
Avortement.	G.	(Après complication. Abcès mult. Pleurésie purulente.)
Accouchement à terme.	G.	
Accouchement d'un enfant mort.	G.	
Accouchement à terme.	G.	
Avortement.	*M.*	Gangrène de l'append. Abcès avec calcul.
Accouchement à terme	G.	
Accouchement à terme.	G.	(Ponction d'un abcès de la fosse iliaque).
?	*M.*	Gangrène de l'append. Péritonite diffuse.
Accouchement à terme.	G.	
?	G	
?	G	Perforat. de l'append. Péritonite diffuse.

N°	Références et dates	Cr. append. ant. à la gross.	Age de la gross. au moment des 1ers accidents
29	Porak et Daniel 1903	?	Près du terme
30	Meurer 1904	?	9e mois
31	Lambret et Lemoine ..... 1904 *in Th. Dupuis*	+	6e mois
32	Audebert ..... 1901 *in Th. Pérès*	?	Au déb. de l'accouchement.
33	Verstraete ..... 1901 *in Th. Pérès*	?	8e mois
34	Heaton 1905	+	3e mois

CONSÉQUENCES pour la grossesse	p. la mère	Lésions constatées à l'autopsie
?	*M*	Perforat. de l'append. Péritonite diffuse.
Accouchement à terme	*M*	Append. adhér. à l'utérus. Péritonite diffuse.
Accouchement à 8 mois. Enfant vivant	G.	(Opérée à froid 3 semaines après l'accouch. Calculs appendiculaires).
	G.	
Accouchement à terme.	G.	
Accouchement à terme.	G.	

CONCLUSIONS

I. Le plus souvent les appendicites observées pendant la grossesse sont des récidives de poussées antérieures.

II. Les relations étiologiques entre l'état gravidique et l'appendicite n'ont pas été prouvées de façon certaine. Il semble seulement établi que, chez les femmes ayant déjà souffert de crises appendiculaires, la grossesse est une cause occasionnelle de récidive par suite des perturbations que l'utérus gravide apporte aux rapports anatomiques de l'appendice.

III. La grossesse est surtout un facteur aggravatif de l'appendicite. Cette aggravation se fait principalement sentir dans la deuxième moitié de la période de gestation.

IV. L'appendicite a une influence néfaste sur l'évolution de la grossesse. Elle provoque le plus souvent l'avortement ou l'accouchement prématuré. Lorsque l'enfant naît vivant, il succombe fréquemment aux suites de la toxi-infection qu'il a subie *in utero*.

V. L'état de grossesse avancée est une cause de difficultés pour le diagnostic de l'appendicite et masque souvent l'état réel des lésions.

VI. En présence d'une crise appendiculaire, même d'apparence bénigne, chez une femme enceinte dans la deuxième moitié de sa grossesse, l'intervention chirurgicale, aussi hâtive que possible, s'impose. Cette intervention ne doit pas être précédée de manœuvres obstétricales destinées à évacuer l'utérus du produit de conception.

VII. Les difficultés du diagnostic et du traitement de l'appendicite aiguë au cours d'une grossesse avancée, la gravité considérable du pronostic, légitiment les appendicectomies prophylactiques, au début de la grossesse, pour les femmes chez lesquelles leur passé appendiculaire fait craindre une récidive.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu : Le Président,
P. BAR.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Université,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ABBE. — *Med. Rec.*, 1897, p. 347.

ABRAHAMS. — *Americ. J. of Obst.*, T. XXXV, 1897, p. 205.

BAPTESTE. — De l'appendicite dans la puerpéralité, *Th. Lyon*, 1899.

BAR. — La pratique de l'art des accouchements, T. II.

BAYLEY. — *Med. Rec.*, 1895, p. 342.

BLUMREICH. — Ueber die Wechselbeziehungen zwischen parametritischen Exsudat und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, *Arch. f. gyn.* 1903, Bd. 68.

BOIJE. — *Mitteil. aus der klinik von Engström in Helsingfors*, 1903, Bd V, H 1.

BOUILLER. — De l'appendicite pendant la grossesse, *Th. Lyon*, 1897.

BOUILLY. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris*, 1899.

BRINDEAU et JEANNIN. — *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1909, XII, p. 169.

BULL. — *Med. Rec.*, 1897, p. 347.

CROISIER. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris*, avril 1903.

CROSTE. — L'appendicite au cours de la grossesse, *Th. Paris*, 1906.

CRUTCHER. — *Med. Rec.*, 1896. p. 461.

DIEULAFOY. — *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1897-98, T. II, 16e lec.

FELLNER. — Soll man vor der Appendicitis Operation die Schwangerschaft beendigen oder nicht? *Therap. d. gegenw.*, Berlin 1906.

FRÆNKEL. — Die Appendicitis in ihren Beziehungen zur geburtshülfe und gynäkologie, *Sammlung klinischer Vorträge von R. von Volkmann*, neue Folge, nº 229, 1898.

FUETH. — Ueber das Zusammentreffen von Gravidität mit Appendicitis und Typhlitis. *Arch. f. Gyn.*, Bd 76, H. 3. 1905.

— Ueber die Verlagerung des Cæcums während der gravidität in Rücksicht auf des Zusammentreffen derselben und Appendicitis, *loc. cit.*

GEUER. — Ueber die Bedentung der Perityphlitis in der Geburtshilfe und Gynäkologie. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XVI, 1902.

HAGAPOFF. — *C. R. du XIIIe Congr. Intern.*, vol. 15, 1900.

HARRISSON. — *Med. Rec.*, 1895, p. 29.

HEATON. — *Brit. Med. J.*, Lond. 1905.

HEPP. — *Bull. de la Soc. de l'Int. des Hôp. de Paris*, Mars 1911.

HERGOTT. — *Ann. de Gyn.*, T. 54, 1900.

HILTON. — Appendicitis complicating the puerperium including a review of the literature of reported cases, *Surg., Gyn. and Obst. Chicago*, 1907.

HIRST. — *Americ. J. of Obst.*, 1896, p. 253.

HLAWACEK. — Ueber komplication von Schwangerschaft und geburt mit eitrigen Entzündungen des weiblichen genitales und benachbarten Organe, *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XVI, 1897.

JARCA. — Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches, *Th. Paris*, 1898.

JARMAN. — *Med. Rec.*, 1896.

KEILER. — Perityphlitis und gravidität, *Munch. med. Wochenschr.*, 1902, XLIX.

KŒNIG. — Appendicitis und Geburtshülfe, *Beiträge zur Geb. u. Gyn.*, Bd III. 1900.

KORN. — Ref. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1885, n° 28.

KRAFFT. — *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1893, n° 12.

LABHARDT. — Ueber die Komplication von Schwangerschaft mit Perityphlitis, *Münch. med. Wochenschr.*, 1904, p. 251.

LEDIARD et SEDGWICK. — Append. and pregnancy, *The Lancet*, 17 déc. 1904.

LE GENDRE. — *Rev. d'Obst. et de Péd.*, 1897, p. 200.

LÉOPOLD. — Ref. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1885, n° 28.

LEPAGE. — *Ann. de Gyn.*, 1899, T. 51.

MAC ARTHUR. — *Amer J. of Obst.*, 1895, p. 185.

MARX. — *Med. Rec.*, 1896, p. 461.

— *Amer. J. of Obst.*, 1898.

MASSAREL. — De l'appendicite au cours de la grossesse, *Th. Montpellier* 1901.

MAUCLAIRE. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris*, T. VI, 1904.

MEURER. — *Sitzungsberichte der Niederländischen gynakolog. Gesellschaft*, 11 déc. 1904 (Discussion : Oidtmann, Schœmaker).

MIXTER. — *Bost. med. and surg. J.*, 1891, p. 97.

MONOD. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris*, T. V, 1903.

MORESTIN. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1911, n° 16.

MUNDÉ. — *Med. Rec.*, 1894, pp. 678 ; et 1895, p. 609.

NOBLE. — *Amer. J. of Obst.*, 1895, p. 185.

OLLIVIER. — *Journ. de Méd. de Paris*, 1904.

OUI. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris*, mars 1903.

PENROSE. — *Amer J. of. Obst.*, 1896, p. 253.

PÉRÈS. — Essai sur le traitement médical de l'appendicite dans la puerpéralité, *Th. Toulouse*, 1901.

PINARD — *Clinique Obstétricale*, 1899.

— Nouveaux documents pour servir à l'histoire de l'appen-

dicite dans ses rapports avec la grossesse, *Ann. de Gyn.*, T. 53, 1900.

Porak et Schwartz. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn., et de Péd.*, 1899.

Rostowzew. — Ref. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1903, p. 1229.

Segond. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris*, 1899.

Semb — Ref. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1901, nº 26.

Sintenis. — *Perityphlitis und gravidität*, Freiburg, 1907.

Sonnenburg. — *Pathol. u. Therap. der Perityphl*, 1905.

Staehler. — Appendicitis in graviditate et in puerperio, *Monatsschr, f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXVI, p. 156.

— *Zentralbl. f. Gyn.*, 1909, nº 50.

Stimson. — *New-York J.*, 1890, p. 449.

Thomason. — *Med. Rec.*, 1895, p. 407.

Tissier et Lemeland. — *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1905.

Vinay. — *Lyon Médical*, 1898, p. 1.

Weber. — Appendicitis und gravidität, *Deutsche Zeitsschr. f. Chir.* XCIII, p. 292.

Wiggin. — *Med. Rec.*, 1891, p. 109.

Wineberg. — *Med. Rec.*, 1896, p. 461.